

ANEXO AO ROTEIRO DE INTERVENÇÃO EM

ARTICULAÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

ANEXO I

Medidas de Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental

- Trabalho realizado no âmbito do Despacho nº 9567/2013, de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de Julho, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 139, de 22 de Julho de 2013 -

Estando as medidas disponíveis no relatório apresentamos as consideradas prioritárias e articuladas com as propostas apresentadas. A lógica e justificações destas medidas reverteram nas apresentadas com as modificações de actualização à realidade e contexto actual.

Aqui se apresenta apenas aquilo que torna a medida compreensível remetendo para o trabalho o conteúdo global.

5.1.1. Introdução do conceito de gestor do doente

Medida

Introdução do conceito de gestor do doente.

Rationale

Face a esta realidade, a necessidade de um acompanhamento mais próximo e personalizado de doentes com elevado nível de risco pode contribuir para reduzir a fragmentação de cuidados, garantir a continuidade ao longo de todos os níveis de cuidados (clínicos e não clínicos) e locais de prestação. O recurso a uma resposta organizacional que passe pela presença de gestores de doentes com elevado risco, clínico e financeiro, de acordo com alguns estudos, permite alcançar uma redução da utilização dos cuidados hospitalares, nomeadamente redução do número de internamentos desnecessários, redução da demora média, redução da recorrência à urgência e até da necessidade de cuidados continuados (8).

A gestão de caso pode definir-se como *um processo colaborativo que avalia, planeia, implementa, coordena, monitoriza e avalia opções e serviços para satisfazer necessidades de saúde individuais através da comunicação e recursos disponíveis para promover resultados de qualidade e custo-efetivos* (adaptado de CMSA, 1994) (9). É importante referir que a gestão de caso se trata de um conceito distinto de gestão da doença, na medida em que o primeiro tem seguido uma abordagem dirigida ao indivíduo com múltiplas condições crónicas e necessidades complexas, enquanto a gestão da doença é baseada na população ficando-se em grupos específicos de indivíduos com uma determinada patologia.

O conceito de gestor do doente que se propõe nesta medida engloba a definição de CMSA e consiste numa figura que acompanha personalizadas o doente com condições clínicas e socioeconómicas complexas ao longo de um *continuum* de cuidados.

A literatura descreve algumas das funções do gestor do doente e que se elencam em seguida (8) (10). Naturalmente que, tendo o sistema de saúde português as suas particularidades, estas funções requerem alguma discussão no sentido da sua adaptação à realidade nacional

Assumir todo o processo de referenciação: a partir do momento em que o doente tem indicação para ser referenciado, cabe ao gestor do doente assegurar todo o processo;

- Coordenar cuidados, garantindo a continuidade: o gestor do doente tem a responsabilidade, de coordenar os vários cuidados, facilitando a ligação entre os elementos das equipas de saúde. Cabe ainda ao gestor do doente conhecer os recursos da comunidade e saber tirar o melhor partido em benefício do doente;
- Promover o *empowerment*/educação do doente: o papel do gestor do doente passa também por promover o autocuidado, capacitando o doente para a gestão autónoma da sua doença;
- Garantir a adesão terapêutica: a adesão terapêutica, fator de sucesso para o controlo da doença crónica, é assegurada através de contacto telefónico periódico e visitas ao domicílio, entre outros;
- Acompanhamento desde a admissão ao internamento hospitalar e colaboração no planeamento da alta. O prolongamento dos internamentos além do tempo clinicamente necessário é uma realidade que pode ser otimizada com o planeamento da alta o mais precocemente possível. O gestor do doente, conhecendo os seus recursos, da família e da comunidade, poderá providenciar os meios necessários após a alta, evitando que a mesma seja prolongada além da duração apropriada;
- Gerir a utilização adequada dos serviços e recursos, em função das noemas e processos assistenciais;
- Assegurar a qualidade de cuidados de acordo com os *standards* e garantir a prestação dos melhores cuidados ao mais baixo custo, tendo também em conta as escolhas do doente;
- Sempre que se justifique, possibilidade de proceder à renovação do receituário crónico dos doente e revisão dos resultados de parâmetros de análises clínicas (supervisão clínica e farmacêutica no âmbito da equipa de saúde);
- Reportar a evolução dos *outcomes*;

Previsto

Prevê-se que a gestão do doente adequada contribua essencialmente para a prestação de cuidados com mais qualidade e mais eficiência, através de (10) (12):

Acompanhamento personalizado num sistema de saúde complexo e impessoal;

- ☑ Definição de um plano de cuidados personalizado;
- ☑ Potencial otimização da qualidade de vida e autonomia;
- ☑ Educação sobre o processo de doença de acordo com as necessidades individuais;
- ☑ Educação para o autocuidado, promovendo o retorno à máxima funcionalidade apoiando a família na obtenção de cuidados de suporte;
- ☑ Melhor adesão terapêutica, reduzindo episódios de agudização;
- ☑ Melhores *outcomes* clínicos;
- ☑ Redução da fragmentação, da duplicação de cuidados e consequente desperdício de recursos;
- ☑ Utilização menos intensiva dos contactos com a medicina geral e familiar, sendo apenas justificadas as consultas de agudização e renovação;
- ☑ Incremento da colaboração e coordenação e comunicação entre membros da equipa de saúde;
- ☑ Eficiência nos cuidados através do posicionamento do doente no nível de cuidados que necessita. Neste âmbito, um estudo de Okin, 2000 (13) revela um decréscimo de custos médios hospitalares de \$21,022 para \$14,910;
- ☑ A gestão otimizada em ambulatório, através da identificação de alterações no estado de saúde, permite um atuação precoce evitando ou reduzindo recorrência/readmissões ao hospital. Peikes, 2009 refere no seu estudo que a taxa de hospitalização *per capita* é superior no grupo de controlo (0,98) face ao grupo da gestão de caso (0,82) (14). Num outro estudo, o grupo da gestão de caso passou em média menos 36% do tempo no hospital por todas as causas (15);
- ☑ Melhor planeamento das altas, o que permite reduzir a demora média hospitalar destes casos. A título de exemplo, no estudo de Poole, 2001 verifica-se uma redução da demora média de 5,6 dias para 3,5 dias (15) nos doentes em programa de gestão de caso;
- ☑ Utilização mais adequada das urgências. Wetta-Hall, 2007 (16) reporta uma redução de 48% na recorrência à urgência;

Bibliografia

1. **OECD.** *Health Reform: meeting the challenge of ageing and multiple morbidities.* <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en> : OECD publishing, 2011.
2. **Anderson, G.** *Chronic conditions: making the case for ongoing care.* Baltimore : John Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2007.
3. **Delnoij, D, Klazinga, N e Velden, K.** Building integrated health system in Central and Eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health systems in transition. *European Journal of Public Health.* 2003, Vol. 13:3, pp. 240-245.
4. **Branco, M, Nogueira, P e Contreiras, T.** *Uma observação sobre estimativas da prevalência de algumas doenças crónicas, em Portugal Continental.* s.l. : INSA, 2005.
5. **Gardete, L e et al.** *Diabetes: factos e números 2012. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes.* s.l. : Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2012.
6. **DGS.** Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Perfil de Saúde em Portugal. [Online] [Citação: 10 de 02 de 2014.] http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf.
7. **Santana, R.** *Estimação do grau de concentração de produção e custos numa USF modelo B. Documento de trabalho.* s.l. : Departamento de contratualização. Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2012.
8. **Ross, Shilpa, Curry, Natasha e Goodwin, Nick.** *Case management: what it is and how it can best be implemented.* s.l. : The King's Fund, 2011.
9. **Case Management Society of America.** *Standards of Practice for case management.* Revisão 2010. Arkansas : CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA, 2010. p. 29.
10. **Powell, Suzanne.** *Case Management: A practical Guide to Success in Managed Care.* 2nd. Washington : Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
11. **Portugal, Ministério da Saúde, INSA, INE.** *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.* Lisboa : Instituto Nacional de Saúde; Instituto Nacional de Estatística, 2009.
12. **Totten, Annete M e et al.** *Outpatient Case Management for Adults With Medical Illnesses and Complex Care Needs.* Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality, 2013. Future Research Needs Paper No. 30. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
13. **Okin, R e et al.** The effects of clinical case management on hospital service use among ED frequent users. *American Journal Emerg. Med.* 2000, Vol. 18:15, pp. 603-8.
14. **Peikes, D e et al.** Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries. *JAMA.* 2009, Vol. 301:6, pp. 603-18.
15. **Rice, K e et al.** Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010, Vol. 182:7, pp. 890-6.

16. **Poole, P e et al.** Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for chronic obstructive pulmonary disease. *Respirology*. 2001, Vol. 6:1, pp. 37-42.

17. **Wetta-Hall, R.** Impact of a collaborative community case management program on a low-income uninsured population in Sedgwick County. *App Nurse Res*. 2007, Vol. 20:4, pp. 188-94. 109

5.1.2. Criação de sistema nacional de gestão de referências em saúde Medida

Medida

Rationale

O processo de referência garante a transição de um doente entre diferentes serviços e níveis de cuidados de saúde

O fenómeno da maior necessidade de complementaridade das respostas proporcionadas é ainda potenciado, por um lado pelo aumento da especialização clínica e por outro pela crescente presença de multimorbilidade nas populações. A evolução das características das necessidades dos utentes e da resposta oferecida tende a aumentar o hiato já existente, exigindo uma resposta diferente, mais direcionada para a continuidade de cuidados em função dos perfis de risco dos utentes.

Na atual complexidade dos sistemas de saúde o processo de referência é frequentemente prejudicado pela deficiente comunicação entre profissionais envolvidos e pela fragmentação de cuidados existente (1) (2). É neste contexto que surgem interferências claras na eficiência e na qualidade dos cuidados prestados com duplicação de esforços, riscos para a segurança do doente e desperdício de recursos

1). O fenómeno está descrito à escala global com características dependentes da organização de cada sistema de saúde.

A otimização do processo de referência deve ser pensada no sentido de contrariar estes factos promovendo o *continuum* de cuidados ao doente no sistema de

A necessidade de criar um sistema de âmbito nacional que permita gerir os processos de referência de doentes entre unidades prestadoras, independentemente do nível de cuidados onde se situem ou da tipologia de cuidados que se esteja a considerar parece então uma iniciativa que tenderá a melhorar os níveis de integração de cuidados com todas as vantagens associadas ao nível da oferta e procura de cuidados de saúde.

Há evidência robusta de que no atual contexto organizacional dos sistemas de saúde as tecnologias de informação e comunicação são o elemento fulcral para que o processo de referência seja eficiente, melhore a qualidade dos cuidados prestados e promova a

segurança do doente (1) (2). Os resultados da revisão da literatura são menos claros no que concerne aos aspetos organizativos e financeiros (1).

Descrição

Sugere-se a criação de um sistema nacional de gestão de referências em saúde

Este sistema deverá ver reconhecida a importância da referência na continuidade de cuidados e consecutivamente na qualidade dos serviços prestados. O entendimento deverá passar pelo princípio de que a referência é tão relevante como o ato de prestação de cuidados de saúde em si.

A estrutura de funcionamento deste sistema deveria contemplar um nível nacional, outro regional e ainda outro local, com as suas atribuições e responsabilidades devidamente definidas em função da sua área de atuação.

Um sistema que seja responsável pela gestão das referências entre prestadores implica também a relação direta com os utentes e seus familiares, na tentativa de fornecer um apoio em presença física (balcão) para os esclarecimentos devidos, evitando-se a desorientação do doente na rede de prestação de cuidados existente e contribuindo para a transparência do processo de produção.

O processo de referência pode ter diversos objetivos ao garantir uma adequada continuação de cuidados a um doente durante as transições no sistema de saúde e nas seguintes tipologias:

Impacto previsto

É expectável que o impacto seja bastante significativo em espectro e profundidade, nas diferentes dimensões de análise e avaliação de um sistema de saúde.

O primeiro impacto esperado com o desenvolvimento desta medida será a integração de um maior espectro de prestadores e serviços de saúde numa rede gerida de forma integrada, com regras de funcionamento uniformes e comuns. Para além dos benefícios diretos decorrentes desta integração, as externalidades positivas geradas por esta gestão comum poderão suceder em diferentes áreas.

É expectável que o maior impacto seja sentido na amenização das consequências geradas pelos lapsos de referência e falta de continuidade administrativa, técnica e clínica das prestações de saúde para os utentes. Neste sentido, as dimensões de acesso, eficiência e efetividade dos cuidados prestados poderão beneficiar deste processo.

Bibliografia

1. **Ramos, V.** A interface entre cuidados de saúde primários e o hospital. [autor do livro] L Campos e M Borges. *Governança dos hospitais*. Alfragide : Casa das Letras/Oficina do Livro-Sociedade Editorial, Lda, 2009.

2. The European study of referrals from primary to secondary care. Concerned Action Committee of Health Services research for the European Community. *Occas Pap R Coll Gen Pract.* Vol. Apr:56, pp. 1-75.

3. **Ministério da Saúde.** Relatório do Grupo Técnico para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. 2012.

4. **Starfield, B et al.** Continuity and coordination in primary care: Their achievement and utility. *Medical Care* 1976, Vol. 14:7, pp.625-36.

5.1.3. Aplicação de normas, *guidelines* e protocolos clínicos

Rationale

A implementação de normas clínicas, como um método de apoio à decisão clínica, constitui um instrumento de qualidade de prestação de serviços pelos profissionais de saúde, contribuindo, igualmente, para a melhoria dos sistemas de saúde.

A elaboração de normas clínicas, baseada na melhor evidência científica disponível, respeita o princípio do uso racional de tecnologias da saúde e orientam a adoção de atuações terapêuticas custo-efetivas, ao mesmo tempo que se garante ao cidadão a qualidade clínica que é consagrada como um dos seus principais direitos. Estes instrumentos normativos para além de garantirem a segurança ao prescriptor, sobre o seu ato, permitem ainda a obtenção de ganhos de saúde, equidade no tratamento e a racionalização na utilização de recursos do sistema de saúde.

As Normas Clínicas, deverão, sempre que possível, constituir-se como componente indissociável de um processo assistencial integrado (PAI), onde o cidadão é colocado, de acordo com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema. A continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, são reconhecidos como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados e efetivos.

Considerando-se a publicação de regulamentação desta natureza como essencial, a sua implementação efetiva terá de ser suportada em mecanismos de monitorização e avaliação do seu impacto no sistema de saúde, através da incorporação dos seus elementos em mecanismos de financiamento, bem como através da realização de auditorias clínicas, como uma atividade de auxílio à implementação das Normas na prática médica e potenciadoras da governação clínica no sistema de saúde português

Descrição

A produção de normas numa perspetiva integradora, é uma abordagem multidisciplinar que pressupõe a reanálise de todas as atuações de que o doente é alvo em qualquer ponto do Serviço Nacional de Saúde, do início ao fim do processo assistencial.

Estes documentos normativos deverão constituir-se como:

Condições de aplicação

Os documentos regulamentadores dos PAI deverão apresentar um enquadramento normativo adequado, por forma a que a sua aplicação, gradual e faseada, seja de carácter obrigatório para todos os níveis do sistema de saúde português

Igualmente, a sua definição deverá estar ligada aos mecanismos de contratualização, dado que pressupõe uma estreita ligação entre níveis de cuidados, no seguimento adequado do doente.

A implementação destes fluxos nos sistemas de informação existentes, facilitarão o processo de referenciação e seguimento dos doentes entre níveis de cuidados e permitirão a existência de informação relativa aos cuidados prestados em cada nível, bem como a referenciação que é dada ao doente em cada fase.

Recursos

- ☒ A elaboração de Normas Clínicas, de forma sustentada, deverá ser uma das diretrizes do Ministério da Saúde, devendo dotar os serviços competentes dos recursos necessários à prossecução deste fim;
- ☒ A definição de áreas prioritárias de atuação, quer pela sua incidência ou prevalência, quer pelo volume de recursos associados;
- ☒ O processo de elaboração de Normas Clínicas criará a necessidade de garantir um mecanismo que assegure a permanente atualização das Normas;
- ☒ A constituição de um grupo de auditores, com recurso a profissionais já formados, de preferência pelos corpos reguladores e em parceria, sempre que adequada, com a respetiva Ordem Profissional, se possível.

Modo de implementação

- ☒ A implementação, deverá estar sempre sujeita à concretização de projetos-piloto que permitam a avaliação dos ganhos introduzidos, das dificuldades identificadas e das correções necessárias;
- ☒ As normas clínicas deverão ser integradas nos sistemas informáticos da Saúde, como suporte à decisão clínica;
- ☒ A contratualização deverá incorporar componentes de processo e de resultado previstos nas normas;
- ☒ Será necessário parametrizar adequadamente os indicadores de avaliação da implementação das Normas;

Será necessário preparar auditores e mecanismos de auditoria;

Impacto Previsto

As normas clínicas estando em permanente evolução, de acordo com a *leges artis* e com a evidência científica, devem ser entendidas como um mecanismo de facilitação científica e uma forma de representar uma gestão rigorosa dos recursos em saúde.

☐ A par da elaboração de Normas, a sua efetiva aplicação, através da incorporação dos seus princípios nos mecanismos de contratualização e, sobretudo, com a efetivação de um sistema de auditorias clínicas, poderá esperar-se:

- ☐ Uniformização da prática clínica em todo o sistema de saúde;
- ☐ Definição dos mecanismos de circulação do doente por todo o sistema de saúde;
- ☐ Identificação das áreas de atuação de cada nível do sistema de saúde.
- ☐ Utilização racional dos recursos em saúde;
- ☐ Garantia de salvaguarda da decisão clínica, fundamentada nos princípios das normas e/ou protocolos;
- ☐ Prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica realizada de acordo com a evidência científica;
- ☐ Desenvolvimento de indicadores, a incluir na contratualização com as unidades de saúde, que incorporem os critérios normalizados naqueles referenciais normativos, como mecanismo de incentivo ao correto registo da informação clínica e à prática de acordo com a Norma;
- ☐ *Benchmarking* entre entidades;
- ☐ Auto-avaliação do profissional de saúde, integrado em equipa multidisciplinar;
- ☐ Garantia ao cidadão da prestação de cuidados de saúde de qualidade;
- ☐ Identificação de níveis de conformidade da prática clínica face ao preconizado pelas entidades competentes do MdS, através da realização de auditorias clínicas;
- ☐ Promoção dos serviços/departamentos que evidenciem taxas de conformidade elevadas e penalização dos respetivos dirigentes quando se verificar a prática reiterada de princípios não conformes com as Normas, sem fundamentação clínica para tal;
- ☐ Garantia que o órgão dirigente assegura a implementação de medidas corretivas às não conformidades.

Bibliografia

1. **Haddadsm.** Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Rhl commentary. [ed.] WHO. *The WHO reproductive Health Library*. 2010.

2. **Browne, G e et al.** The benefits of using clinical pathways for managing acute paediatric illness in a emergency department. *Journal of Quality Practice*. 2001, Vol. 21:3, pp. 50-5.

5.2. Dimensão Financeira

Medida

Incentivos conjuntos: aplicação da unidade de pagamento capitação

Rationale

O sistema de financiamento de organizações de saúde é um dos instrumentos com capacidade para criar um conjunto de incentivos tendentes ao alcance dos objetivos principais dos sistemas de saúde (1).

Bibliografia

1. **Berki, S.** The design of case-based hospital paymentsystems. *Medical Care*. 1983, Vol. 21:1, pp. 1-13.
2. **Ackerman, K III.** The movement toward vertically integrated regional systems. *Health Care Management Review*. 1992, Vol. 17:3, pp. 81-88.
3. **Devers, K e et al.** Implementing organized delivery systems: an integration scorecard. *Health Care Management Review*. 1994, Vol. 19:3, pp. 7-20.
4. **Shortell, S e et al.** INtegrating health care delivery. *Health Care Forum Journal*. 2000, Vol. 43:6, pp. 35-39.
5. **Sobczak, A.** Oportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrated Care*. 2002, Vol. 2:1, pp. 1-10.
6. **Coddington, D, Moore, K e Fischer, E.** Vertical integration: is the bloom off the rose? *Healthcare Forum Journal*. 1996, Vol. 39:5, pp. 42-47.
7. **Pereira, J.** *Economia da saúde: um glossario de termos e conceitos*. [ed.] Documento de trabalho 1/93 - versão revista e atualizada. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2004.
8. **Schokkaert, E, Dhaene, G e Van de Voorde, C.** Risk adjustment and the trade-off between efficiency and risk selection: an application of the theory of fair compensation. *Health Economics*. 1998, Vol. 7:5, pp. 465-480.
9. **Byrne, M e Ashton, C.** Incentives for vertical integration in healthcare: the effect of reimbursement systems. *Journal of Health Care Management*. 1999, Vol. 44:1, pp. 34-4

5.3.2. Formação específica em integração de cuidados de saúde

Medida

Rationale

As necessidades da população têm vindo a evoluir ao longo do tempo, assumindo hoje particularidades diferentes. Tais necessidades exigem assim, atualmente, novos modelos de prestação de cuidados que consigam dar respostas adequadas aos problemas existentes e futuros. A integração de cuidados surge pois como um modelo de prestação que visa responder adequadamente aos desafios decorrentes das tendências epidemiológicas e sociodemográficas.

O desempenho global do sector da saúde é fortemente dependente dos recursos humanos, pelo que a implementação de novos modelos de prestação de cuidados requer profissionais dotados de conhecimentos, aptidões e atitudes conducentes ao exercício adequado das suas funções e conseqüente satisfação das necessidades dos doentes (1) (2)

Deste modo, a integração de cuidados deve estar incluída na formação de profissionais de saúde, permitindo o desenvolvimento de competências nos domínios pessoal, comportamental e organizacional. O tema deve assumir um carácter obrigatório, constituindo-se como área curricular específica na formação pré-graduada na área da saúde e social.

Bibliografia

1. **Howarth, M, Holland, K e Grant, MJ.** Education needs for integrated care: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 56, oct de 2006, Vol. 2, pp. 144-56.
2. **NHS.** *Integrated care and support: our shared commitment*. s.l. : National Collaboration for Integrated Care and Support , 2013.
3. **Elisabeth, P e Samia, Hasan.** Educating for integrated care. *London Journal of Primary Care*. 2013, Vol. 5, pp. 41-4.
4. **Frenk e al, et.** Health professionals for a new century - transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010, Vol. 10:61, pp. 854-5.